

خانواده و سلامت

Family and Health

خانواده مأوایی است امن برای مرهم نهادن بر دردها و رنجها، جایی برای آرمیدن، مکانی برای اندیشیدن، بارورشدن، به بلوغ رسیدن و در یک کلام انسان شدن. اهمیت خانواده و تأثیر آن بر بهداشت روانی و جسمانی نیز، امری نیست که بر کسی پوشیده باشد. در طول سالیان متممادی روان‌شناسان کوشیده‌اند که از زوایای متفاوت جسمانی، شناختی، عاطفی، اجتماعی و اخلاقی نقش خانواده را در مهار و پیشگیری از بروز بیماریها و دستیابی به حد‌اعلای شکوفایی برجسته سازند. پژوهشهایی که در پی می‌آیند نیز بر مبنای همین دیدگاه شکل گرفته‌اند.

اندازه‌های دوگانه ارتباط والد - کودک طی گذار به نوجوانی و مهار بیماری قند خون در کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱

Anderson, B. J., Holmbeck, G., Iannotti, R. J., Lochrie, A., Laffel, L., Volkening, L. K., & McKay, S. V.

(2009). Dyadic measures of the parent-child relationship during the transition to adolescence and glycemic control in children with type 1 diabetes. *Families, Systems, & Health*, 27 (2), 141-152.

به منظور مشخص کردن جنبه‌هایی از رفتار خانواده همراه با مهار بیماری قند خون در جوانان مبتلا به دیابت شیرین نوع ۱، طی گذار به نوجوانی، پژوهشگران به بررسی ۱۲۱ کودک و نوجوان ۹ تا ۱۴ سال ($M=12/1$) و والدین آنها پرداختند. شرکت‌کنندگان مقیاس تعارض خانواده مبتلا به دیابت (DFCS) و پرسشنامه مسئولیت خانواده مبتلا به دیابت (DFRQ) را تکمیل کردند. از (DFRQ) دو متغیر دوگانه به دست آوردند، فراوانی موافقت (توافق دقیق والد و کودک در باره کسی که مسئول انجام یک وظیفه بود) و فراوانی ناهمخوانی (گزارشهای مخالف والد و کودک درباره مسئولیت). سپس آزمودنیها به دو گروه جوانتر ($n=57, m=10/6$) و مسن‌تر ($n=64, m=13/5$) تقسیم شدند. تعارض خانواده به صورت معنادار با مهار بیماری قند خون در کل گروه و در گروههای جوانتر و مسن‌تر ارتباط داشت. به هر حال، تنها در گروه جوانتر توافق درباره مهار بیماری قند خون وجود داشت و هر اندازه موافقت بیشتر بود، مهار قند خون نیز بهتر صورت می‌گرفت. یافته‌ها نشان دادند که موافقت درباره مشارکت مسئولیتهای مرتبط با دیابت می‌تواند هدف مهمی در مداخله‌گری مبتنی بر خانواده باشد و مهار بیماری قند خون در نوجوانان پیش از سیزده سالگی در حد بهینه صورت گیرد.

اختلال خواب و کاهش در رضایت از زناشویی طی گذار به سوی والد شدن

Medina, A. M., Lederhos, C. L., & Lillis, T. A. (2009). Sleep disruption and decline in marital satisfaction

across the transition to parenthood. *Families, Systems, & Health*, 27 (2), 153-160.

به رغم لذت ناشی از تولد یک کودک، بررسیهای متعددی کاهش شدید میزان رضایت از زناشویی همسران را در خلال گذار به سوی والدشدن، تأیید کرده‌اند و به طرح فرضیه‌های متفاوتی که مبتنی بر شواهد تجربی‌اند، به منظور تبیین این کاهش پرداخته‌اند. این مقاله مروری، به نقش بی‌خوابی در کاهش میزان رضایت از زناشویی پس از والدشدن اختصاص دارد. پژوهشگران بررسی خود را با مشخص کردن مشکل اختلال خواب والدین در یک سال اول زندگی کودک آغاز می‌کنند، سپس به طرح یافته‌های مرتبط با پیامدهای عاطفی و شناختی کم‌خوابی و بی‌خوابی مزمن می‌پردازند، خواسته‌های ناشی از گذار به سوی والدشدن مرور می‌شوند و درباره راههایی که در آن پیامدهای اختلال خواب، به وخامت تنیدگیها می‌انجامند، بحث می‌شود. پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند، متخصصانی که با زوجهایی کار می‌کنند که اخیراً صاحب فرزند شده‌اند، باید ابتدا به ارزیابی میزان اختلال خواب در خانواده بپردازند و سپس زوجها را با توجه به خلق و تغییرات شناختی که با فقدان

خواب همزمان هستند، آموزش دهند. افزون بر آن پیشنهاد شده است تا در پژوهش‌های آتی سطح فقدان خواب در گذار به سوی والدشدن، ارزیابی شود و درباره پیامدهای فقدان خواب - برای مشخص کردن افرادی که به ویژه نسبت به خلق و تغییرات شناختی حساس‌اند - پژوهش صورت گیرد.

درمان افسردگی افراد کم درآمد در نخستین جلسه مراقبت همراه با مراقبت بهداشت روانی

Uebelacker, L. A., Smith, M., Lewis, A. W., Miller, I. W., & Sasaki, R. (2009). Treatment of depression in a low-income primary care setting with colocated mental health care. *Families, Systems, & Health*, 27 (2), 161-171.

در ایالات متحده، به منظور مشخص کردن درمان متداول افسردگی، در کلینیک‌های مراقبتی عمومی، با هدف بررسی پیش‌بینی کننده‌های هر نوع درمان و درمان مناسب، با بیماران، به صورت نظام‌دار در اتاق‌های انتظار مصاحبه شد. در این بررسی آنهایی که کمترین سطح نشانگان افسردگی را داشتند (n=91) فرم‌های ارزشیابی استفاده از خدمات بهداشت روانی، نشانگان افسردگی و مشکلات مرتبط را تکمیل کردند. نتایج نشان دادند که اغلب بیماران دارای نشانگان شدید افسردگی، نوعی از مراقبت بهداشت روانی را دریافت کرده بودند که نشان می‌داد آنها به عنوان افراد افسرده قبلاً شناسایی شده بودند. به هر حال تنها نیمی از افراد حداقل درمان مناسب را دریافت کرده بودند. بیماران اقلیت شانس کمتری برای دریافت مراقبت داشتند. بیماران بیشتر افسرده که در توانایی حل مسئله ضعیف بودند و از سلامت جسمانی کمتری برخوردار بودند شانس بیشتری برای درمان داشتند و درمان‌های مناسب افسردگی را در کمترین حد دریافت می‌کردند. این نتایج مبین آنند که حتی تحت شرایطی که مراقبت‌های بهداشت روانی نیز در کنار درمان اصلی صورت می‌گیرد، هنوز جایی برای بهبود شیوه درمانگری بیماران افسرده وجود دارد.

برنامه‌های بهداشتی از راه دور و افسردگی روستایی: دیدگاه پزشک و بیمار

Swinton, J. J., Robinson, W. D., & Bischoff, R. J. (2009). Telehealth and rural depression: Physician and patient perspectives. *Families, Systems, & Health*, 27 (2), 172-182.

به علت کمبود متخصصان بهداشت روانی در مناطق روستایی، پزشک‌های عمومی اغلب نخستین و در بسیاری از موارد تنها درمانگران افسردگی روستاییان‌اند. این پژوهش به بررسی میزان مقبولیت بهداشت از راه دور مبتنی بر رفتاری‌نگری برای پزشک‌های عمومی و بیماران مبتلا به افسردگی اختصاص دارد تا مشخص شود که آیا این روش می‌تواند به عنوان درمانگری مبتنی بر بهداشت روانی برای بیماران روستایی قابل دسترس‌تر باشد. پژوهشگران، ۱۰ گروه متمرکز از پزشک‌ها و بیماران روستاهای نبراسکا را که به دلیل افسردگی تحت درمان بودند، بررسی کردند. تحلیل نسخه‌ها، با استفاده از یک روی‌آورد بررسی چند موردی کیفی صورت گرفت. بر مبنای نتایج، شرکت‌کنندگان این احساس را داشتند که بهداشت از راه دور بر مبنای رفتاری‌نگری، یک راه حل منطقی برای مشکل دستیابی به مراقبت است. آنها عقیده داشتند که حفظ ارتباط‌های حرفه‌ای و درمانگری با فاصله مکانی، دشوار است و ارتباط مشترک بین متخصصان بهداشت روانی و پزشکان عمومی را باید ترویج کرد تا امکان ارائه شیوه‌های درمانگری بهتر برای مبتلایان فراهم شود.

ترجمه زهره صیادپور

دانشگاه آزاد اسلامی

واحد تهران جنوب